

- 健康保険被保険者証  
 健康保険高齢受給者証

## 再交付申請書

健保 使用 欄	事務長・室長	主務	係員

受付印  
2023.8 改

デンソー健康保険組合 御中

令和 5 年 8 月 21 日提出

<注 意 事 項 >

- 記号、番号、資格取得日が不明な場合は、空欄として下さい。
- (株)デンソーの方は、書記を経由して提出して下さい。
- (株)デンソー以外の方は、健康保険担当部署、事業主を経由して提出して下さい。  
※事業主の署名・押印が必要です。

<経路>

(株)デンソー以外  
被保険者↓書記↓健康保険組合  
健康保険組合  
健康保険組合  
健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険被保険者証	記号 1	番号 123456	被保険者名 健保 太郎 印			
	資格取得日	昭・平・令 17年 4月 1日	被保険者生年月日	昭 平 50年 1月 1日			
	事業所名	1. (株)デンソー 2. その他の事業所( )		従業員番号 1234567			
	所 属	〇〇部 〇〇課		内線 551-〇〇〇〇〇			
再交付対象者	健保 花子		続柄 妻	性別 男・女	生年月日	昭和・平成・令和 51年 1月 1日	
再交付申請の事由	1. 紛失 (警察への届出をお願いします) ※念書をご記入下さい 2. 盗難 (警察への届出をお願いします) 3. 棄損 (お持ちの保険証を添付して下さい) 4. その他 (お持ちの保険証を添付して下さい) (詳細: )			紛失・盗難・棄損等の発生状況	① 発生日 令和 5 年 8 月 18 日	② 場 所 自宅	③ 状 況 自宅の保管場所に見当たらない
念 書	被保険者証を紛失し、再三心当たりを探しましたが見当たらず、深くお詫び申し上げます。今後、このようなことがないように充分注意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納します。なお、第三者がその証を使用した際の医療費その他の損害については、私が責任を負うことを誓約致します。						
※紛失の場合のみ記入	令和 5 年 8 月 21 日 被保険者氏名 健保 太郎 印						

《(株)デンソー以外の事業所》 事業主署名欄	
所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
名称	株式会社〇〇〇〇
事業主	〇〇 〇〇 印

書 記 記 入 欄	担当書記名	山田
	書記メール	〒 1234
	書記内線	551-〇〇〇〇〇

健保 使用 欄	再交付入力	回収(不能)入力	保険証交付	保険証送付